

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

313

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

JEAN DARÈNE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

l'Inversion utérine puerpérale

Président de thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1922

2112

313

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

JEAN DARÈNE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

l'Inversion utérine puerpérale

Président de thèse : M. le Professeur COUVELAIRE



PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie descriptive		MM.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale			CUNÉO.
Histologie			PRENANT.
Anatomie pathologique			LETULLE.
Chimie			DESGREZ.
Physique			André BROCA.
Parasitologie			BRUMPT.
Bactériologie			BEZANÇON.
Physiologie			RICHE.
Pathologie expérimentale			ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales			Marcel LABBÉ.
Pathologie externe			LECÈNE.
Pathologie interne			RÉNON.
Pharmacologie			POUCHET.
Thérapeutique			CARNOT.
Opérations et appareils			Pierre DUVAL.
Hygiène			Léon BERNARD.
Médecine légale			BALTHAZARD.
Histoire de la médecine			MÉNÉTRIÉR.
Cliniques médicales	{	Hôtel-Dieu	GILBERT.
		Beaujon	ACHARD.
		Cochin	WIDAL.
Clinique thérapeutique de la Pitié	{	Saint-Antoine	CHAUFFARD.
		Hôtel-Dieu	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale	{	Saint-Antoine	HARTMANN.
		Cochin	LEJARS.
		Salpêtrière	DELBET.
Clinique obstétricale	{	Tarnier	GOSSET.
		Baudelocque	BAR.
		Pitié	COUVELAIRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques			BRINDEAU.
— des maladies infectieuses			JEANSELME.
— des maladies nerveuses			TEISSIER.
— des maladies mentales			P. MARIE.
— infantile médicale			X....
— d'hygiène de la première enfance			NOBÉCOURT.
— infantile chirurgicale			MARFAN.
— des voies urinaires			Auguste BROCA.
— gynécologique			LEGUEU.
— ophtalmologique			FAURE.
— oto-rhino-laryngologique			DE LAPPERSONNE.
Physiologie appliquée à l'éducation physique			SEBILÉAU.
			LANGLOIS, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LAIGNEL-LAVASTINE	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERRER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYK.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Nous le prions d'agréer nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

AU DOCTEUR DEVRAIGNE

Faible témoignage de notre reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Professeur agrégé RIEFFEL;
Professeur agrégé LAUNOIS (*in memoriam*);
Professeur agrégé ROCHARD;
Professeur agrégé JALAGUIER;
Docteur PARMENTIER;
Docteur BRUHL;
Professeur agrégé DEMELIN;
Professeur HUTINEL.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE

L'inversion utérine puerpérale, constituée par le retournement en doigt de gant de la poche utérine, est un accident rare qui peut se produire au moment où l'utérus gravide se vide de son contenu.

Dans son *Traité classique*, consacré à l'étude de cette question, Denucé étudie l'histoire de cette question, et établit que, depuis Hippocrate, elle n'avait pas échappée à l'attention des auteurs.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici ces considérations historiques dont on trouvera un exposé mis à jour dans la thèse de Théoaride, inspirée en 1913 par M. le Professeur Couvelaire.

Nous voudrions simplement, à la lumière de faits originaux, que nous devons à l'obligeance de nos maîtres, le Professeur agrégé Demelin et le Docteur Devraigne, ainsi qu'au Docteur Fontan, de Revin, préciser l'état actuel de la question, après avoir rappelé les notions classiques.

Nous laisserons de côté l'inversion polypeuse, et nous étudierons seulement, au point de vue étiologique, clinique et thérapeutique, les cas où l'inversion utérine s'observe au cours de l'accouchement, au moment de la délivrance.

Avec M. le Prof^r Pinard, il est classique de distinguer 3 types d'inversion utérine. L'inversion aiguë, l'inversion récente, et l'inversion chronique. Comme le dit en effet cet auteur :

« Il peut y avoir, et l'on peut rencontrer soit une inversion immédiate, c'est-à-dire produite immédiatement après l'accouchement, avant ou après la délivrance, soit une inversion utérine récente, c'est-à-dire existant quelques heures ou quelques jours après l'accouchement, soit une inversion utérine chronique, c'est-à-dire existant depuis des semaines et des mois ».

Il peut y avoir également une inversion utérine se produisant plusieurs jours après l'accouchement.

Anatomie Pathologique

Avant d'entreprendre l'étude de la fréquence et du mécanisme de ce trouble, nous devons toutefois, en nous plaçant au point de vue anatomo-pathologique distinguer trois degrés dans l'inversion, cette distinction présentant plus qu'un intérêt théorique, et correspondant à un ensemble de faits cliniques, assez aisés à différencier.

Dans un premier degré, l'utérus présente une dépression du fond, lui donnant l'aspect d'un cul de fiole, suivant la comparaison de Mauriceau.

Dans un deuxième degré, le fond, prolabé davantage, atteint l'orifice interne du col.

Dans un troisième degré, enfin, le corps traverse le col, le prolapsus s'extériorisant nettement, le fond de l'utérus inversé se présentant dans le vagin, et même à l'intérieur des voies génitales. Dans une variété de ce troisième degré, constituant l'inversion utérine complète, l'utérus peut être entièrement retourné, y compris le col, et sa muqueuse se continuant directement, sans solution de continuité, avec celle du vagin.

Le plus souvent, cependant, ce renversement se

limite à l'isthme, la progression du fonds de l'utérus étant arrêtée par les ligaments, que M. le Professeur Bar a nommé les ligaments d'arrêt, qui, présentant une tension extrême, interdisent au fond de l'utérus de descendre plus bas.

Ces ligaments d'arrêt sont, d'une part : le ligament infundibulo pelvien, ou ligament rond supérieur de Rouget, ou ligament supérieur de l'ovaire de His et Waldeyer; d'autre part, les brides péritonéales qui, partant de l'utérus vont s'insérer à droite sur la portion terminale de l'iléon et à gauche sur l'S iliaque. Ce sont les ligaments que Waldeyer a nommés plicagénito-enterica et Clado le ligament appendiculo-ovarien pour le côté droit et ligament colo-pelvien pour le côté gauche.

L'utérus, ainsi renversé, constitue une nouvelle poche dont la cavité est en communication avec la cavité abdominale, et dans laquelle peuvent venir s'engager les trompes, les ovaires, les ligaments larges, des anses intestinales. Cette poche étant fortement resserrée au niveau de son ouverture, où les parois de l'utérus se doublent, les organes qui y sont entraînés s'y trouvent étranglés, les vaisseaux et les nerfs des ligaments étirés à l'extrême subissent un traumatisme violent, qui explique la gravité des troubles que l'on observe dans cet accident redoutable.

Fréquence

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que l'inversion utérine est une complication très rare de l'accouchement.

Elle est cependant, ainsi que Cross l'a fait remarquer, infiniment plus fréquente au cours de la puerpéralité que dans tout autre cas puisque, d'après cet auteur, sur 400 inversions de toute nature, 350 ont été la conséquence de la gestation.

Pour les classiques, les statistiques sont assez variables, mais toutes concordent cependant à faire de cette complication une véritable exception. Si nous recueillons les faits rapportés nous voyons en effet que les chiffres rapportés varient de 1 pour 140.000 accouchements à 1 pour 400.000.

Cependant, il ne semble pas que ces chiffres doivent répondre à la réalité, l'inversion utérine est certainement plus fréquente que ne tendent à le prouver ces statistiques.

1° Comme le fait remarquer Théoaride, ces statistiques portent sur les accouchements faits dans les maternités, et si cet accident est rarement observé dans les services hospitaliers, il l'est beaucoup plus

dans les campagnes. Il est certain que la manière de pratiquer la délivrance a une grande influence sur la genèse de cet accident redoutable. Le repos au lit de nos accouchées le prévient, alors que le travail prématuré, repris souvent après l'accouchement chez les femmes de la campagne, le favorise.

2° L'inversion utérine est de plus assez souvent méconnue. Von Winckel, en effet, sur 20.000 accouchements a constaté à plusieurs reprises des dépressions du fond de l'utérus, mais jamais de dépression nette.

Sur 25 cas étudiés par Weecks, on trouve que 17 sont survenus immédiatement après la naissance de l'enfant, et sur ceux-ci on ne reconnut l'inversion que dans 9 cas. L'intervalle qui s'écoula entre la production de cet accident et le moment où l'on s'en aperçut a varié de 2 heures à 3 jours.

Il est des cas où l'inversion peut survenir 9 jours après l'accouchement (Tedenat), 14 jours (Lachlau-Fraser).

Ces inversions tardives échappent donc souvent à la statistique des maternités. C'est ainsi que Riedinger a observé de 1878 à 1919, sur 32.916 accouchements et 27.875 cas de gynécologie, 6 cas d'inversion utérine récente, et 2 d'inversion utérine ancienne, soit environ 1 sur 12.000.

Dans les statistiques de la Maternité de l'hôpital Lariboisière, notre maître, le Professeur agrégé Demelin, a relevé, sur environ 25.000 accouchements, 2 cas d'inversion utérine que nous rapportons ici. A la vérité, ces 2 cas se sont produits chez des femmes

accouchées en dehors de l'hôpital, et admises à la Maternité à la suite de cet accident.

Mon père, le Docteur Darènc, en 40 ans de pratique, dans une population de 4.000 à 5.000 habitants, a été deux fois témoin de ce redoutable accident, à peu près vers la même époque que son confrère voisin, le Docteur Bruel, de Louvres, rapportait à l'Académie de Médecine une très intéressante observation d'inversion spontanée.

L'une de ces femmes, dont l'inversion ne peut être réduite, subit l'hystérectomie dans le service du Professeur Peyrot à Lariboisière; chez l'autre, ce fut le Docteur Finet qui pratiqua, sous chloroforme, la réduction par taxis.

Il semble donc que l'inversion utérine, malgré sa très grande rareté, soit un accident plus fréquent qu'on ne l'a admis jusqu'alors, et que tout praticien est appelé à rencontrer au cours de sa carrière, et qu'il faut savoir y penser en présence de toute délivrance anormale.

Nous avons vu que l'inversion utérine était beaucoup plus fréquente au cours de l'accouchement que dans tout autre état.

Elle est rare pendant l'accouchement, on a cependant observé des cas où la dépression utérine existait pendant l'expulsion du fœtus, peut-être alors faudrait-il incriminer alors la brièveté du cordon. Elle se produit à toutes les périodes où l'on observe l'inertie utérine, dont elle n'est qu'une complication.

De beaucoup plus fréquente avant et pendant la délivrance, elle peut se produire plusieurs jours après l'accouchement. Mais elle ne serait alors que le résultat de l'évolution d'une inversion minime méconnue.

Un autre fait, très intéressant à signaler, est la fréquence de cet accident chez les primipares jeunes. Beckmann, sur 89 cas d'inversion utérine, constate que 46 fois il s'agissait de primipares et la plupart n'avait pas dépassé 30 ans.

Des 108 femmes dont Théoaride rapporte l'observation, 35 sont multipares, pour 19 la parité n'est pas indiquée. Les 54 autres sont des primipares âgées de 16 à 34 ans.

Quant à la fréquence des degrés, il semble que la forme en cul de fiole de Mauriceau soit de beaucoup la plus fréquente.

Mécanisme et causes de l'Inversion utérine récente

L'inertie totale ou partielle est la condition primitive, fondamentale de l'inversion utérine puerpérale.

Au cours d'un accouchement normal l'utérus normal, organe contractile et érectile, présente une série de modifications. Il se rétracte sur le fœtus au fur et à mesure qu'il l'expulse, et c'est ainsi qu'il aboutit au décollement et à l'expulsion du placenta.

Après l'expulsion du placenta, quand la rétraction est normale, l'utérus est alors disposé de telle façon qu'il ne peut s'inverser. Les parois antérieures et postérieures sont rapprochées, presque juxtaposées. L'anneau inférieur de contraction se forme. Les parois antérieures et postérieures font alors l'office de deux solides colonnes, solidement appuyées sur l'anneau de contraction, supportant la voûte, représentant une véritable calotte hémisphérique, dont la consistance ne permet pas la déformation.

Il semble donc impossible que, dans ces conditions, l'utérus puisse se retourner comme un doigt de gant.

Mais si, pour une cause quelconque, les parois de l'utérus perdent leurs qualités d'érectilité et de con-

tractilité, qui en font un organe à parois épaisses et fermes, à cavité réduite, pour devenir une simple poche à parois molles et aisément déformables, à vaste cavité, si, en un mot, il y a inertie utérine, on conçoit aisément qu'un tel organe puisse subir des déformations importantes.

Le fond de l'utérus n'est plus alors supporté par ces colonnes résistantes et solidement appuyées, il peut aisément s'effondrer dans une cavité suffisamment vaste pour l'admettre, et l'inversion franchir successivement tous ses degrés; les ligaments d'arrêt ne feront alors que limiter sa chute, car ils ne sont pas susceptibles de lui assurer une suspension qui remplace le soutien défaillant des parois.

Mais il faut cependant, pour en arriver à l'inversion, que l'utérus totalement inerte soit soumis à l'application de forces plus ou moins considérables, capables d'amener son renversement.

Ces forces sont constituées par des tractions pratiquées sur la face interne de l'utérus ou des pressions exercées sur sa face externe. En premier lieu, il faut invoquer les tractions effectuées sur un placenta encore adhérent à un utérus inerte par l'intermédiaire du cordon. Ces tractions peuvent être produites, en cas de brièveté naturelle ou accidentelle du cordon, pendant un accouchement par forceps pour inertie utérine, mais c'est surtout au moment de la délivrance que ces tractions sur le cordon sont dangereuses, l'utérus étant inerte, le placenta encore adhérent et le cordon résistant.

Ce sont ensuite les pressions agissant de dehors en dedans : la pression abdominale excessive au cours des poussées, de la toux, de l'effort, de la défécation.

On a même invoqué l'effet de la pression atmosphérique, s'exerçant sur le fond de l'organe pendant que l'occlusion du vagin suffit à empêcher l'entrée de l'air. Le fœtus entraînerait avec lui l'utérus en le renversant par un effet analogue à celui qu'on produirait en retirant d'un cylindre membraneux, clos et imperméable à l'air, un piston qui y fait le vide.

Les pressions de la main sur le fond de l'organe inerte peuvent, en déprimant la paroi, causer l'inversion. Le retournement est alors facilité quand on tire en même temps sur le cordon.

Mais l'inertie utérine, au lieu d'être généralisée peut n'être que partielle. L'inversion se produit alors par un mécanisme tout différent.

Au niveau de la surface d'insertion du placenta, l'épaisseur du muscle utérin est beaucoup plus mince qu'en tous ses autres points. Pendant la délivrance, il se produit autour de cette surface un anneau musculaire qui enserre le placenta à sa périphérie, et qui tend à le décoller. Si cet anneau se contracte pendant que la zone d'insertion reste inerte, il se produit ce que l'on désigne sous le nom d'enchatonnement du placenta, le placenta étant contenu alors dans une sorte de diverticule de la cavité utérine.

Si, pour une cause quelconque, la zone parésiée, au lieu d'être refoulée vers l'extérieur par la contraction

annulaire, est saisie par cette contraction et s'invagine sur elle-même, il se produit alors un enchatonnement renversé, c'est-à-dire une dépression de l'utérus, un premier degré d'inversion. Les contractions de l'utérus viennent alors jouer un rôle important dans l'évolution de cette inversion, l'anneau de contraction chassant devant lui la portion retournée, comme il chasserait un corps étranger.

« Autour de la tumeur, il existe un anneau musculaire dont les fibres sont absolument paralysées. Cette paralysie n'est pas limitée par une ligne précise mais elle va en diminuant progressivement. Les contractions de la partie normale des parois utérines essaient d'expulser la portion invaginée qui fait office de corps étranger. Ces efforts expulsifs peuvent augmenter l'inversion aussi loin que le permettent la zone musculaire paralysée. A mesure que l'inversion augmente, il se produit une nouvelle bordure de paralysie, et le même mécanisme se produit jusqu'à ce que le corps utérin soit inversé en entier.

Nous avons vu qu'un utérus normal, normalement contracté ne pouvait s'inverser et que, pour que l'inversion soit réalisable il fallait qu'il soit ou partiellement ou totalement inerte. Cela revient à dire que les causes primitives de l'inversion utérine sont celles qui sont susceptibles de provoquer la paralysie totale ou partielle du muscle utérin. En dehors des cas où ces causes restent obscures, on peut incriminer certaines intoxications, l'alcoolisme, la chloroformisation; l'extrême distension de l'œuf, l'hydramnios,

la gémelléité, la prolongation du travail dans les accouchements dystociques, et surtout les traumatismes subis par le muscle utérin par l'intermédiaire des tiraillements du cordon, soit au moment de l'expulsion du fœtus, si le cordon est anormalement court, ou si l'accouchement se fait debout, soit au moment de la délivrance, si l'opérateur cherche à extraire un placenta non décollé. Il se produit, à cette occasion, une inhibition réflexe de l'utérus, ou bien une hémorragie, qui déterminent l'inertie de la zone d'insertion, empêchant le décollement du placenta de se poursuivre, même s'il n'est pas anormalement adhérent permettant ainsi à la force appliquée sur le cordon de se transmettre à la paroi utérine, et d'amorcer l'inversion.

Il n'en reste pas moins que cette amorce peut être constituée par un grand nombre d'autres causes que nous avons citées plus haut, et que, dans un cas d'inversion utérine, il ne faille pas incriminer les tractions sur le cordon comme seules responsables de ce redoutable accident. Il existe un assez grand nombre d'observations d'inversions utérines spontanées produites sans que l'accoucheur ait eu à intervenir, pour que ces faits soient tenus pour indiscutables. Cette constatation a une certaine importance au point de vue médico-légal. Il est en effet difficile d'accuser un médecin ou une sage-femme d'avoir provoqué une inversion utérine, si on ne possède pas la preuve absolue qu'il y eut de leur part faute lourde, que ce furent des tractions exercées par eux sur le cordon qui

déterminèrent l'accident et que ce ne furent que ces tractions.

Le cas s'est produit, en 1913, à Mézières-Charleville où un médecin fut poursuivi en justice à la suite d'un cas d'inversion utérine suivi de mort. Il fut acquitté.

Etude clinique

On sait que depuis les descriptions des auteurs du XVII^e, du XVIII^e et du XIX^e siècle, par Mauriceau, Puzos, Levret, Sabatier, Leroux, Baudelocque, pour ne citer que les plus importants, l'inversion utérine puerpérale présente 3 degrés principaux. Nous avons au debut de ce travail indiqué leurs distinctions anatomiques, mais, il y a lieu de les signaler à nouveau en raison des aspects cliniques différents qu'elles revêtent.

L'inversion utérine récente se produit généralement après l'expulsion du fœtus. Il s'agit alors d'inversion brutale, presque toujours complète, où l'inertie utérine a été totale d'emblée.

Le plus souvent, c'est au moment ou après la délivrance qu'on l'observe.

Les signes généraux sont dès le début assez marqués, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre des 3 formes. Beaucoup plus nets toutefois lorsqu'il s'agit d'inversion au 3^e degré, on observe des hémorragies, des douleurs, qui évoluent le plus souvent par leur persistance ou leur répétition vers un état de shock dont la gravité est parfois extrême.

La malade accuse souvent des douleurs violentes qu'il serait difficile de dissocier des douleurs suivant l'accouchement si elles n'avaient le plus souvent un caractère spécial : c'est une véritable sensation de déchirement, d'arrachement, très vive, s'irradiant dans l'aîne et la cuisse de chaque côté. Cette douleur est parfois hypogastrique ou lombaire et certains auteurs ont cru devoir l'attribuer au pincement des anses intestinales ou de l'épiploon, au tiraillement des nerfs, au bouleversement général que subissent les organes génitaux.

L'hémorragie est variable. Peu abondante quand le placenta est complètement adhérent, elle est réduite simplement à un suintement sanguin autour de la masse, car les sinus utérins ne sont pas ouverts. Elle est abondante au contraire si l'adhérence n'est pas complète et si quelques cotylédons ont été détachés. L'écoulement est d'autant plus considérable que la surface de décollement est plus large. Pour Baudelocque et Jacquemier, ces hémorragies sont dans ce cas moins abondantes, et moins rapides, que dans les cas d'inertie sans retournement de l'utérus, parce que le col peut agir comme agent hémostatique en faisant une ligature élastique au sommet de la tumeur. Mais, soit que le placenta adhère encore à l'utérus, soit qu'il ait été expulsé, l'hémorragie est sous la dépendance de l'état de contraction ou d'inertie du muscle utérin. Dans ce dernier cas, quand le placenta a été détaché l'hémorragie est extrêmement abondante, parfois foudroyante. Très réduite quand l'utérus se contracte, elle

est à peu près nulle quand le placenta est complètement adhérent; elle peut être abondante quand une partie est détachée, surtout dans le cas où le muscle utérin est inerte.

C'est l'examen pratiqué au cours de l'inversion qui permet surtout de préciser le diagnostic hésitant, surtout dans les formes se limitant au premier degré.

Dans ce cas, le palper permet d'apprécier l'existence d'une dépression du fond de l'utérus, entourée par un bourrelet saillant. Cette dépression tantôt horizontale, tantôt inclinée en avant, en arrière, ou sur les côtés, permet quelquefois aux doigts d'y pénétrer. Le toucher intra-utérin montre que la paroi interne de l'utérus vient former une tumeur qui se rapproche plus ou moins de l'anneau de Bandl, tumeur rugueuse et inégale, tout au moins dans la partie qui correspond à l'insertion placentaire.

L'inversion du 2^e degré est l'aboutissement de cette forme et parfois « elle se produit sous l'œil, sous la main de l'accoucheur ». Les signes fournis par la palpation sont encore plus accusés. La saillie sus-pubienne de l'utérus est à peine de quelques centimètres. La main à ce niveau plonge dans une fosse (Paudelocque). Par le toucher vaginal on constate la présence de l'organe inversé, comme dans le cas précédent, mais la descente est plus accentuée.

C'est à ce moment que les signes généraux que nous signalions précédemment sont les plus accentués. La douleur est si vive qu'elle peut même être accompagnée de syncope.

C'est dans la troisième période que tous les signes objectifs sont les plus précis :

La tumeur apparaît alors à l'extérieur. Elle a un aspect différent selon que le placenta est adhérent ou non à l'utérus. Dans le premier cas c'est la face fœtale de l'arrière-faix qui se présente. Elle est facilement reconnaissable à son aspect nacré à l'insertion du cordon, et à la présence des vaisseaux rampant sous l'amnios. Au contraire, quand le placenta a été détaché, la face interne de l'utérus forme la face interne de la tumeur. Cette masse, dont le volume varie de celui du poing à une tête d'enfant, est piriforme, pendant hors de la vulve, d'un rouge foncé, couleur de chair. Elle est irrégulière, hérissée de petites saillies, et recouverte par du sang liquide ou coagulé et des débris de caduque. M. le Professeur Pinard, a comparé son aspect à celui d'un ananas. En examinant de près cette tumeur, on constate les orifices des trompes, assez distants l'un de l'autre, parfois assez difficiles à trouver, car ils sont cachés dans un repli de la muqueuse. Cette masse est piriforme, affilée en haut, globuleuse en bas. Sa partie supérieure pénètre dans un anneau formé par le col. Cet anneau qui joue un rôle important dans la physiologie pathologique de l'inversion, quand il est contracté, étrangle le pédicule de la tumeur. L'hémorragie diminue, mais la contraction peut aider au gonflement du tissu utérin que l'on observe souvent et qui est dû au gonflement des veines.

La muqueuse de l'utérus se continue avec la muqueuse vaginale sans qu'il soit possible la plupart du

temps de les distinguer autrement que par une légère différence de coloration. L'utérus inversé peut être parfois le siège de contractions. Alors l'hémorragie s'arrête. L'organe durcit et change de couleur alternativement .

Un signe important permet alors de reconnaître que l'on a affaire à un utérus inversé. C'est le mode d'implantation de la tumeur. Cet utérus inversé se termine en haut par un pédicule pénétrant dans un anneau plus ou moins dilaté qui est le col. Ce pédicule occupe exactement le centre de la rainure circulaire que le doigt ou une sonde trouve à 15 ou 20 millimètres de profondeur. Ce signe est important pour distinguer l'inversion du polype. Celui-ci, en effet, s'implante habituellement sur les parties latérales et la rainure entourant le pédicule est beaucoup plus élevée. L'absence de tout orifice enfin confirme le diagnostic.

En palpant la tumeur inversée, on voit qu'elle est en partie réductible (Sabatier, Baudelocque, Bims) comme les tumeurs vasculaires.

Caractère très spécial à l'inversion. — Le toucher est sensible. Il réveille une douleur spéciale comparable à celle provoquée par la pression du testicule chez l'homme. Elle a quelque chose de poignant et qui va au cœur, dit Denucé. Cette douleur appartient à la fois au tissu utérin, au péritoine qui le double et à l'ovaire qui est souvent comprimé. Cette sensibilité est un bon moyen de diagnostic. On peut la mettre en évidence par plusieurs moyens. Soit en projetant un jet d'eau chaude sur l'organe (on le voit alors se con-

tracter) soit en le piquant, mais cette propriété de l'utérus inversé n'est pas absolument constante.

L'évolution est assez variable. Mais le plus souvent elle se fait vers une issue fatale. Des statistiques établies par Gross il ressort que sur 109 cas dans lesquels la maladie a été abandonnée à son cours naturel, la mort est survenue :

72 fois dans les 2 premières heures;

8 fois après une semaine;

6 fois dans les deux premiers mois;

1 fois au 5^e mois;

4 fois du 8^e au 9^e mois;

18 fois à diverses époques.

Dans 2 fois sur 3 la mort est consécutive à l'hémorragie ou au choc nerveux.

C'est surtout au moment où l'on pratique la réduction de l'utérus que l'on observe ce terme. Brusquement la malade pâlit, ses traits sont tirés, ses lèvres bleues, la pupille dilatée, les yeux fixes et enfoncés dans leur orbite, la sensibilité, sinon disparue, du moins très émoussée; la parole est lente, il faut une question brève, impérative, pour obtenir une réponse juste d'ailleurs et qui prouve une intelligence encore présente. La respiration est faible, irrégulière, rare, parfois suspicieuse; le pouls est petit, fréquent, dicrote, les battements du cœur sont à peine appréciables, les extrémités sont refroidies. Le thermomètre accuse un abaissement très net de température qui descend à 36° et parfois à 35°. La malade, qui est en pleine résolution musculaire, n'accuse d'ailleurs au-

cune souffrance, et la mort peut survenir sans que cette stupeur se dissipe. Parfois la réaction s'opère; la douleur se rétablit, la respiration se régularise, le pouls reprend sa force primitive; le danger est alors conjuré. Malheureusement ces cas sont rares, et l'issue funeste est la plus fréquente. Si la mort n'est pas immédiate, la femme s'épuise en hémorragies répétées. La muqueuse utérine subissant mille contractions est exposée à l'infection, qui peut se traduire par la péritonite ou la gangrène de l'utérus. Parfois l'inversion enfin passe à l'état chronique.

L'inversion peut avoir cependant une terminaison heureuse. Dans les cas de simple dépression, la réduction du fond de l'utérus se fait naturellement par le simple fait de l'involution utérine. Cette réduction spontanée a été observée aussi dans les cas d'inversion au 2^e et au 3^e degré.

Nous n'insisterons pas longuement sur le diagnostic de l'inversion utérine puerpérale récente, ayant par le fait même des circonstances dans lesquelles on l'observe (gestation ou suite de couches) éliminé l'autre cause : la polypose qui est la plus difficile à différencier dans l'inversion puerpérale chronique.

Mais nous signalerons cependant que si l'inversion au premier degré passe souvent inaperçue, c'est la constatation du cul de fiole utérin par le palper qui dans le cas d'hémorragies abondantes, de douleurs « en arrachement » au moment de la délivrance qui confirmera le diagnostic.

Si l'inversion est au 2^e ou 3^e degré, il sera aisé de la

différencier d'un prolapsus utérin, en se souvenant des signes que nous avons décrits précédemment.

Dans quelques cas, heureusement très rares l'inversion a pu être confondue avec une tête ou un siège de fœtus jumeau, ou même avec un second placenta ou des cotylédons placentaires.

Il s'agit là d'éventualités auxquelles un examen clinique sérieux ne permettra pas de donner créance.

Traitement

Pratiquer correctement la délivrance, ne faire de tractions sur le cordon que quand on est bien certain que le placenta est entièrement décollé, tel est le meilleur moyen d'éviter l'inversion utérine quand elle est évitable. Surveiller, de la main posée sur l'abdomen, le fond de l'utérus pendant qu'il se débarrasse de l'arrière-faix, tel est le meilleur moyen de dépister l'amorçage de cet accident redoutable.

Si l'on constate une dépression du fond, si la délivrance ne se fait pas, on se prépare à intervenir. La main introduite dans l'utérus décolle le placenta et réduit la dépression qui s'amorçait. On attend alors que l'utérus se contracte fortement sur la main pour la retirer, et après une irrigation chaude, on fait un tamponnement intra-utérin, si l'utérus ne se rétracte pas convenablement.

Si le fond de l'organe a franchi le col, si l'on se trouve en présence d'une inversion au 2^e ou au 3^e degré, il faudra intervenir immédiatement, dès les premières heures, car à ce moment la réduction manuelle est aisée, tandis que si l'on attend, l'inversion devient irréductible, et la femme reste exposée, jusqu'à l'in-

tervention chirurgicale qui pourra seule venir à bout de cette inversion, aux complications les plus graves, d'hémorragie, d'infection de l'utérus prolabé.

Deux cas peuvent se présenter. Le placenta est encore adhérent à l'organe, ou il est déjà expulsé.

Faut-il décoller le placenta avant de réduire ? Faut-il réduire en masse et pratiquer ensuite la délivrance artificielle ?

En décollant un placenta entièrement adhérent, on s'expose à une augmentation de l'hémorragie. Mais la réduction de l'inversion est beaucoup plus malaisée s'il faut réduire, au travers de l'orifice étroit du col, la masse de l'utérus augmentée de celle du placenta, et cette réduction, dans ces conditions, pourra même être impossible. De plus, on procédera bien plus aisément à cette délivrance à ciel ouvert qu'une fois le tout réduit. Il vaut donc mieux décoller le placenta et réduire ensuite.

On réduira par le taxis. Il faut d'abord fixer le col, soit par des pinces, s'il n'est pas trop friable, et si l'on ne craint pas de le déchirer, soit en l'accrochant au travers de la paroi abdominale. Ensuite, on tâchera de réduire de volume, en la comprimant dans la main, la masse de l'utérus inversé, et, prudemment, doucement, pour ne pas déchirer ces tissus friables, avec le bout des doigts, ou mieux le dos des phalanges, on refoulera peu à peu à travers l'orifice du col les parties des parois les plus voisines de celui-ci, en faisant rentrer les premières les parties sorties les dernières, et en commençant de préférence par la face anté-

rière, plus aisément réductible. La masse se réduira peu à peu, et quand la majeure partie sera rentrée en place, il se pourra que la réduction s'achève d'un seul coup, et que la main soit comme aspirée à l'intérieur.

La réduction manuelle est en général possible dans les premiers moments qui suivent l'accident, plus le temps s'écoule, plus la réduction devient difficile, et même impossible.

Il faut avoir alors recours à la réduction instrumentale. Nous ne parlerons par des repositors d'autrefois, ou des plus récents kolporynteurs, complètement rejetés maintenant. Seul, le ballon de Champetiers de Ribes peut être employé à ce moment avec chances de succès.

Dans les cas où ces méthodes ont échoué il faudra avoir recours à l'intervention chirurgicale conservatrice, ou à l'hystérectomie.

En somme, la réduction est en général aisée dans les premières heures qui suivent l'accident. Elle devient de plus en plus difficile, et demande des moyens de plus en plus complexes, à mesure que le temps passe, que le corps se resserre et étrangle le corps inversé, que l'involution de l'utérus se poursuit, que des adhérences se produisent dans sa nouvelle cavité.

Mais, d'autre part, au moment où cette réduction est le plus aisée, la femme se trouve, du fait du shock qui accompagne l'inversion dans la presque totalité des cas, du fait de l'hémorragie, dans un état extrêmement précaire, et le traumatisme que comporte le taxis est susceptible d'aggraver encore le shock, ou

d'amener une syncope mortelle. Ces manœuvres doivent donc être pratiquées avec la plus prudente douceur, et sous anesthésie, si possible. Certains auteurs même ont préféré, dans certains cas, combattre d'abord le shock et l'hémorragie, et attendre la disparition de l'anémie pour intervenir chirurgicalement.

Observations

OBSERVATION I (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le D^r DEVRAIGNE.)

Tractions sur le cordon.

En juillet 1903, à la maternité de la Charité, dans le service de M. le D^r Maygrier, un stagiaire venait d'accoucher une multipare. M. Devraigne, interne du service, survenant à la salle de travail à 19 heures le vit tenant le cordon enroulé autour d'une main, et bien tendu, comme en témoignaient ses muscles d'avant-bras contractés. Se méfiant de la vigueur bien connue dudit stagiaire, il lui dit : « Attention, ne tirez pas! — Oh! mais, monsieur, je tends simplement. — Faites attention, et ne tirez pas pour aller dîner plus vite, pensez à l'inversion. »

Rassuré par l'attitude du stagiaire, M. Devraigne partit. Moins de cinq minutes après, le stagiaire tenait si peu fort sur le cordon qu'il amenait à la vulve le placenta en partie décollé et le fond de l'utérus, cependant que la femme présentait tout de suite un tableau syncopal alarmant. Mlle Hiérissard, sage-femme en chef, demandée immédiatement, arriva deux minutes après la production de l'inversion, acheva de décoller le placenta et rentra l'utérus sans anesthésie, repoussant au doigt les parties sorties les dernières. Elle surveilla un

certain temps la réduction par un massage léger de l'utérus après avoir pratiqué une injection ultra-utérine iodo-iodurée, une injection vaginale chaude, et quitta la malade remise de son choc une heure après l'accident. Les suites de couche furent normales.

229. 1907.

OBSERVATION II (Inédite.)

(Due à l'obligeance du D^r DEVRAIGNE.)

Mme X..., 20 ans, primipare, accouchée chez elle en 19, par une sage-femme. Accouchement spontané à terme, un garçon vivant. Que se passa-t-il ensuite au juste. Il fut impossible de préciser, mais au dire de la jeune femme elle-même, la sage-femme annonçait qu'elle allait faire la délivrance, trente minutes environ après la sortie de l'enfant. Elle dut faire de l'expression utérine combinée à des tractions sur le cordon, quand la jeune femme, qui se plaignait d'ailleurs des manœuvres pratiquées et qui lui faisaient mal, sentit tout à coup une douleur aiguë dans le bas-ventre, eut la sensation « qu'elle se vidait » et perdit connaissance au milieu d'une hémorragie abondante. Un médecin ami de la famille, demandé d'urgence, arriva en un quart d'heure. La sage-femme lui montra le placenta et lui dit qu'en le recueillant sans tractions (?) il s'était produit une hémorragie et qu'un fibrome était apparu à la vulve. L'état de la malade semblait très précaire. Pâleur des téguments, voix éteinte, pouls très faible. En examinant la vulve, le confrère fut impressionné en y constatant une grosse masse rouge, formant saillie, d'au moins 10 centimètres. Ecartant l'hypothèse de fibrome, il fit le diagnostic d'inversion utérine. C'était la première qu'il voyait. Mais il n'osa pas y toucher, et fit demander par téléphone le D^r Devraigne. Celui-ci put heureusement

venir tout de suite, quarante minutes après l'accident, et décida d'essayer la réduction de l'inversion immédiatement.

En dépit des mauvaises conditions de milieu, lit souillé de sang, dans une petite chambre d'un sixième étage où l'asepsie était difficile à réaliser, sans anesthésie, tant l'état semblait grave. La malade fut mise en travers du lit, et pendant qu'on la rassurait, la distrayant, pour l'empêcher de pousser, M. Devraigne put refouler progressivement, lentement, par taxis latéral à deux mains, l'utérus totalement inversé, au travers d'un anneau cervico-vaginal assez serré.

Le globe utérin rétracté hors de la vulve rentra assez facilement dès que des pressions latérales douces et alternées eurent fait remonter au travers de l'anneau le tiers supérieur de la tumeur.

Ce qui frappa le plus l'opérateur, en dehors de l'état général grave dont la malade se rendait compte, puisqu'elle se sentait mourir, ce furent la dureté du globe inversé qui lui fit craindre un échec, et la continuité absolue entre la paroi interne et la paroi vaginale.

Après une injection intra-utérine iodée chaude et un bon tamponnement intra-utérin avec une mèche de gaze aseptique, la malade fut remise doucement dans son lit dont les pieds furent élevés de 50 centim. pendant plusieurs heures. On fit ensuite tout le traitement des grandes hémorragies. La mèche fut enlevée doucement le lendemain matin. La malade était déjà remise en partie de son choc. Les suites furent heureusement nulles. L'allaitement au sein fut autorisé et bien supporté. M. Devraigne est toujours resté convaincu que l'accident avait été provoqué par des tractions sur le cordon d'un placenta non décollé.

OBSERVATION III

(Service du P^r agrégé DEMELIN, Hôpital Lariboisière.)

N..., primipare, 33 ans. Accouchement spontané à terme, à domicile, le 15 décembre 1918 à 4 heures du matin. OIGA. Garçon vivant, 3.900 gr.

Amenée à l'Hôpital à 10 heures.

Inversion utérine. Hémorragie grave, choc péritonéal. Taxis, réduction manuelle, écouvillonnage, injection utérine. Tamponnement.

Décédée à midi 40, 1 heure $\frac{3}{4}$ après réduction.

OBSERVATION IV

(Service du P^r agrégé DEMELIN, Hôpital Lariboisière.)

M. F..., 30 ans. Entrée le 22 octobre 1919.

Application de forceps en ville le 19 octobre, 18 h. $\frac{1}{2}$.

Enfant vivant pas apporté.

Déchirure complète du périnée.

Inversion totale de l'utérus, réduite en ville le 19 octobre.

OBSERVATION V (Inédite.)

(D^r Ch. FONTAN, de Revin.)

Le 22 mars 1912, je suis appelé à 6 heures du matin près de Mme G. M..., âgée de 28 ans, par la sage-femme.

Je me trouve en présence d'une personne dans un état de choc effrayant : plus de pouls, visage livide, pupilles dilatées, sueurs froides, respiration superficielle, ayant vomi deux fois.

L'accouchement s'est passé normalement; c'est le quatrième; les trois précédents ont été très simples. La sage-femme étant disparue, je ne peux me procurer de

renseignements. Croyant à une hémorragie, je découvre la femme, et trouve dans la région vulvaire une tuméfaction rouge, molle, du volume des deux poings. Les culs-de-sac sont à la vulve, j'en fais le tour très aisément. La palpation du ventre ne permet pas de sentir le corps utérin. Je pose le diagnostic d'inversion utérine totale.

Grâce à l'état de résolution comateux de la patiente, la réduction manuelle fut très aisée et la malade reprit très vive connaissance.

Aut bout de dix jours elle se lève et vaque à ses occupations. Je l'ai revue souvent depuis et ai pu l'examiner pendant d'autres maladies. Il ne reste aucun trouble utérin, mais il est à noter que jamais depuis les règles ne sont reparues sans qu'il y ait aucun trouble de ménopause. L'utérus se maintient à sa place, la vessie également.

OBSERVATION VI

(HANNES et RÉMY, Société d'Obstétrique et Gynécologie.

Paris, séance du 14 mars 1913.)

Mme X... Généralement bien portante, âgée de 30 ans, primipare, entre en travail à terme dans la soirée du 15 février 1913. Le travail marche régulièrement pendant la nuit. Le matin la dilatation était complète. Les contractions furent moins fortes que précédemment, pendant la période d'expulsion qui ne demanda cependant qu'une heure et demie. A un moment donné les battements fœtaux étaient bien moins frappés.

Par précaution, la sage-femme fit appeler un médecin. L'enfant fut expulsé naturellement vers dix heures du matin en état satisfaisant, de poids moyen.

Quand vint le moment de la délivrance, il se déclara

une inertie utérine totale, accompagnée d'une hémorragie formidable. M. Hanns s'empresse d'introduire la main dans l'utérus, où il trouva un placenta en partie décollé et quelques caillots. Il acheva le décollement sans difficulté, le saisit à pleine main avec les caillots pour en faire l'extraction. L'utérus est comme un chiffon tant il est inerte.

Quand l'organe fut ainsi vidé, la femme était pâle, exsangue, en état semi-syncopal. Elle avait perdu de 15 à 1.800 grammes de sang. Elle perdait encore. Aussi M. Hanns s'empressait-il d'introduire de nouveau la main. Cette main rencontra une masse dans le vagin; les doigts reconnaissent vite le cercle du col par lequel sort ce gros polype. Le diagnostic d'inversion étant fait, M. Hanns essaye de suite la réduction en poussant sur cette masse prolabée encore molle. L'opération réussit sans difficulté. Une injection d'ergotine réveilla la tonicité du muscle, l'utérus se maintient dur et rétracté.

La femme se releva progressivement et guérit.

OBSERVATION VII

(P. et J. COLLE. Société Obst. et Gyn. Paris. Séance du 18 décembre 1913.)

Inversion. Réduction manuelle après deux mois.

Mme M..., âgée de 28 ans, est accouchée depuis deux mois environ quand nous sommes appelés à la voir.

Voici l'observation due au médecin, le D^r Brunelle, de Lens.

Primipare. Accouchement très lent. Je suis appelé par la sage-femme (manque de douleurs expulsives). Il s'agissait d'une présentation du sommet gauche transverse. L'application du forceps fut assez pénible, enfant

volumineux 4.500 gr. vivant. Pas de déchirure du périnée.

Aussitôt après l'accouchement, hémorragie sérieuse: on fait une injection d'un cm³ d'ergotine. Pendant la préparation de cette injection, la sage-femme fait des tractions modérées sur le cordon. A un certain moment, cinq minutes après l'injection, un quart d'heure après l'accouchement, la sage-femme tirant très légèrement sur le cordon, l'accouchée éprouve une douleur interne très violente, et l'utérus est expulsé avec le placenta. Je refoule assez aisément l'utérus dans le vagin, l'hémorragie cesse.

Suites de couches normales, pas de fièvre, mais grande faiblesse. Au troisième jour, escarre fessière.

La malade, deux mois après, présente un état général satisfaisant. L'escarre était cicatrisée, toute douleur a disparu.

Intervention :

Le col utérin saisi avec des pinces est attiré en bas, tandis que le corps malaxé sous une compresse et plus ou moins réduit de volume, est refoulé directement en haut. Vains efforts, l'utérus ne se redressait pas, le corps paraissait attiré au niveau de l'isthme.

Sur le point d'intervenir chirurgicalement, l'un de nous voulut tenter une dernière manœuvre qui lui était suggéré par la disposition des parties. Le col attiré en bas par les pinces Museux venait couronner le corps utérin qui s'y engageait sans toutefois se réduire. Dès lors, au lieu de continuer les pressions directes sur le fond de l'utérus, le col fut lentement ramené au dessus du corps inversé, à la façon d'un prépuce sur un gland. En exerçant des pressions méthodiques sur l'ensemble des parties ainsi disposées, pressant sur les parois du col qui peu à peu recouvrent complètement le corps, nous avons brusquement la sensation d'un obstacle levé,

et à la manière d'un noyau de cerise énuclée sous les doigts, la réduction du corps se réalise.

Les suites furent du reste très simples, quelques jours après, la malade sortait de la maison de santé. A ce moment, l'utérus entier paraissait normal.

OBSERVATION VIII

(LACHLAU FRASER. *The Lancet*, 23 octobre 1915.)

Cas d'inversion utérine complète chez une femme frêle et asthénique se produisant le quatorzième jour après un accouchement terminé par forceps pour inertie utérine.

La malade était sur le bassin, et le fait de pousser déterminait de la douleur et la sensation de quelque chose qui semblait descendre.

Réduction une heure après sous chlorofome. Au lieu d'agir sur le fond qui semblait friable, l'auteur fit une dilatation manuelle de l'orifice cervical et la masse se réduisit spontanément en cinq minutes.

OBSERVATION IX

George TRETHY SHÖEMAKER. *The American Journal of Obstetrics*, août 1917.

L'observation que rapporte l'auteur est relative à une femme, qui, à la suite d'un accouchement fit une inversion utérine, à laquelle elle faillit succomber. Pendant les premiers jours, on combattit le choc et l'hémorragie et on n'intervint qu'un mois plus tard, alors que les phénomènes d'anémie avaient diminué. L'opération de Spinelli fut celle à laquelle on eut recours : incision cruciale du col pour permettre de dégager la vessie, puis extension de l'incision médiane jusqu'au fond de l'uté-

rus, enversion de l'utérus ainsi sectionné et suturé après retournement. Enfin refoulement de l'utérus retourné dans la cavité abdominale.

En ce qui concerne la solidité de la cicatrice pour une grossesse et un accouchement à venir, l'auteur reste sceptique et conseille l'accouchement prématuré.

OBSERVATION X

(M. SPIRE. Bulletin Société Obst. Gyn. et ped, 22 janvier 1914.)

Le 29 octobre dernier j'étais appelé à terminer un accouchement chez une primipare de 29 ans en *travail depuis trois jours*. Les renseignements qui me furent donnés sont les suivants : Le travail avait commencé le 26 octobre dans la matinée et la dilatation avait été très longue à se faire malgré des contractions assez régulières. Le 28 au soir la sage-femme qui surveilla l'accouchement avait dû, pour donner un peu de répit à la parturiente, donner un lavement laudanisé. Après quelques heures de sommeil les douleurs réapparurent, la dilatation se compléta, et le 29 à 4 heures du matin, la sage-femme rompit artificiellement la poche des eaux. Après une heure de contraction l'utérus *tomba peu à peu en inertie*, et c'est à 7 heures du matin que je fus appelé.

Je trouvais la parturiente dans un état de fatigue très marqué, atteinte de laryngite presque aphone ; cette femme réclame avec insistance sa délivrance. La langue est blanche, l'haleine fétide, les lèvres sèches ; la température est de 37° 7 ; le pouls bat à 58.

A l'examen obstétrical je trouve un utérus ayant les dimensions normales d'un utérus à terme contenant un fœtus vivant en présentation du sommet engagé en OIGA. Les battements fœtaux sont très nettement perçus. Au

toucher je constate que la dilatation est complète et que la tête a franchi l'orifice utérin. Elle ne repose pas sur le périnée et semble arrêtée au détroit moyen. Pendant que je l'examine cette femme n'a pas de contractions. Elle se plaint de temps en temps, mais ses gémissements ne correspondent pas à des contractions perceptibles à la palpation.

En présence de l'état de cette parturiente je décidai d'intervenir immédiatement par une application de forceps. Cette application ne présenta pas de difficultés notables. Le périnée est très long et la vulve qui empiète légèrement sur la surface pubienne regarde en avant et en haut. En raison de cette disposition et de la persistance des battements fœtaux, normaux, je m'appliquai, comme l'enseigne M. Fruhinsholz, à faire une entraction volontairement lente afin d'éviter des délabrements des parties molles. La tête régulièrement saisie fut amenée sur le périnée qui bomba très progressivement. La rotation se fit spontanément et la tête se dégagait en occipito-pubienne au prix d'une petite déchirure de la commissure postérieure de la vulve. Après l'extraction de la tête je trouvai *un circulaire du cordon assez serré et que j'eus un peu de peine à récliner au-dessus de l'occiput. Ce cordon mesuré ultérieurement avait une longueur de 48 cent., ce qui constitue une brièveté relative en tenant compte du circulaire.* Aussitôt après son extraction l'enfant cria.

La femme fut alors remise dans son lit et je remarquai dès ce moment qu'elle toussait un peu. Cette toux prit peu à peu une importance et un caractère de continuité qui m'intrigua. Pendant que je pratiquais la ligature du cordon je remarquai que la parturiente qui continuait à être secouée par une toux sèche et incessante pâlisait peu à peu. Je me hâtai de me débarrasser de l'enfant et pris le pouls de la mère que je trouvai

petit, filiforme, battant à 120. Pendant que je comptais le pouls la malade se plaignit d'un grand malaise et se couvrit de sueur. Pas une goutte de sang ne sortait des organes génitaux. Ma main se porte aussitôt sur l'abdomen pour délimiter la hauteur de l'utérus, mais les mouvements de *tour saccadée* dont est secouée cette femme m'empêchent de déprimer la paroi abdominale. Inquiet de cette situation alarmante, je me décide à hâter la délivrance et pratique aussitôt le toucher vaginal. Mon doigt trouve à quelques centimètres de l'orifice vulvaire l'insertion du cordon sur le placenta. Persuadé que le décollement du placenta est effectué et que l'arrière faix engagé est libre, je saisis le cordon sur lequel je pratique une traction modérée.

La femme cesse alors de tousser. Elle est prise de douleurs et d'*envies irrésistibles* de pousser. La vulve s'entr'ouvre, la face fœtale du placenta apparaît. Malgré mes recommandations la femme pousse de nouveau et je recueille dans le creux de ma main une tumeur mollesse constituée par le placenta adhérent complètement à une masse cylindrique qui n'est évidemment autre chose que l'utérus inversé.

La malade est à ce moment dans un état syncopal. Elle ne perd pas de sang. Sans perdre un instant je décollai aussitôt le placenta et les membranes. Cette délivrance artificielle à ciel ouvert se fit très facilement et la quantité de sang perdu fut minime.

La femme est remise aussitôt en position obstétricale et après un rapide lavage à l'eau bouillie de la tumeur procidente je me mis en demeure de procéder à la réduction de l'utérus que je refoulai d'abord dans la cavité vaginale. La main gauche appliquée sur la paroi abdominale la déprime maintenant très facilement et se rend compte que l'utérus n'occupe plus sa place habituelle. La main droite introduite dans le vagin délimite la

tumeur formée par l'utérus inversé, masse piriforme à petite extrémité dirigée vers le détroit supérieur. Il me semble que l'inversion était aussi complète que possible puisque cette masse se prolongeait avec les parois vaginales sans qu'il fut possible de percevoir un bourrelet appartenant au col.

Je fut très agréablement surpris de la facilité avec laquelle je pus procéder à la réduction de cet utérus, réduction que je fis par taxis central. L'extrémité des doigts réunis en cône déprima sans difficulté le sommet de la tumeur qui rentra le premier, suivi peu à peu par le reste de l'utérus. Je ne perçus aucune résistance et en quelques minutes l'organe tout entier était remis en place.

Ma main qui avait ainsi pénétré dans la cavité utérine à mesure qu'elle se reformait servit alors de garde à la sonde par laquelle je fis passer une abondante injection très chaude. La main fut maintenue jusqu'à ce que je sentis l'utérus se contracter sur elle. Pendant ce temps la parturiente se ranimait peu à peu sous l'influence de piqûres d'éther et huile camphrée.

Une fois replacée dans son lit on la réchauffa. Je lui fis une piqûre d'ergotine et lorsque je la quittai la face était colorée, le pouls battait encore à 110 et était bien frappé. L'utérus était bien rétracté.

A la fin de la matinée l'état de cette femme était resté satisfaisant. Dans la crainte d'une infection probable je fis une injection sous-cutanée préventive de sérum de 50 cm³.

Les suite de couche furent peu compliquées, il y eut le troisième jour une élévation de température de 38°, le quatrième de 38° 5. Je fis une seule injection intra-utérine; à ce moment le pouls resta à 100 jusqu'au cinquième jour puis redevint normal, et la malade, qui est

devenue une excellente nourrice, se leva à la fin de la troisième semaine.

OBSERVATION XI

(D^r LE LOUËT (Pont-Aven). Gazette Médicale de Nantes.)

L. C..., 19 ans, domestique primipare.

Antécédents personnels. — Menstruation établie à 15 ans, régulière. Toux fréquente, misère physiologique et sociale.

Grossesse. — Pendant les trois premiers mois, vomissements fréquents, leucorrhée très abondante, douleurs pelviennes, infection gonococcique probable. A partir du quatrième mois, évolution normale de la grossesse jusqu'aux dernières semaines. A ce moment survient une céphalée très marquée ; pas de vomissements, pas d'œdème. L'examen des urines n'est pas pratiqué.

Accouchement. — Début du travail le 24 janvier 1907, à trois heures du matin. La sage-femme est appelée; elle diagnostique une présentation du sommet. Elle revient plusieurs fois dans la journée. A deux heures de l'après-midi, dilatation de deux francs. A neuf heures du soir, la tête apparaît à la vulve. A dix heures, l'expulsion se fait, normalement.

Une demi-heure après, l'accouchée pâlit, sa faiblesse devient extrême, quoiqu'elle perde très peu de sang. La sage-femme attend la délivrance, une main sur l'abdomen de la patiente. Vers minuit, la faiblesse de l'accouchée augmentant toujours, elle se décide à pratiquer la délivrance artificielle. Elle introduit la main dans les voies génitales de la femme, qui fait des efforts continus et violents. Elle trouve dans le vagin, faisant saillie sous la forme d'une masse grosse comme le poing, le corps de l'utérus inversé. Le placenta y adhère fortement; elle le

décolle et l'extrait. Quoique l'hémorragie soit minime, l'accouchée est dans un état presque syncopal. La sage-femme est prise d'inquiétude et me fait appeler.

J'accours aussitôt. L'accouchée est extrêmement pâle, les lèvres décolorées, le nez froid ; le pouls radial est imperceptible. Elle se trouve dans un état de stupeur voisin de l'état de shock. La sage-femme a pratiqué la délivrance et, en ce moment, de sa main entière elle maintient dans le vagin la masse de l'utérus renversé.

L'hémorragie est presque nulle.

A la main gauche placée sur la paroi abdominale, je perçois parfaitement au-dessus de la symphyse pubienne, à la place normale de l'utérus, une masse creusée à son centre d'une dépression circulaire comparable à un « cul de fiole ». Ma main droite, introduite dans le vagin, est en contact avec une tumeur du volume d'un gros poing, à surface vilieuse, atteignant la vulve, sans la dépasser. C'est le fond de l'utérus. Le bord circulaire du col entoure le pédicule de la tumeur ainsi constituée, mais n'est pas rétracté sur lui. Il n'existe aucune déchirure du col, ni du vagin, ni de la vulve.

Je m'efforce d'opérer immédiatement la réduction de l'utérus inversé, par le taxis. Craignant de léser avec le bout de mes doigts la paroi utérine, il me paraît prudent de me servir, pour cette manœuvre, de la surface mousse présentée par la face dorsale des articulations phalango-phalangiennes de l'index et du médius, la phalange étant maintenue en extension, la phalangine et la phalangette en flexion prononcée.

Je commence la réduction par les parties latérales de la paroi utérine, que je refoule peu à peu. A mesure que je réduis, je reprends plus bas, et, après quelques manœuvres semblables répétées avec douceur, j'arrive à compléter la réduction.

Au bout de trois quarts d'heure environ, l'utérus, d'abord complètement flasque, commence à prendre une certaine consistance.

A deux heures et demie, nous pratiquons une injection intra-utérine de un litre et demi de solution de permanganate de potasse, nous faisons une dernière toilette et nous nous occupons de ranimer la pauvre patiente. Elle est toujours glacée, sans pouls radial, mais son aspect général indique toutefois un peu moins de shock.

OBSERVATION XII

Par MM. A. GROSSE et COLLET (de Nantes).

Mme X..., primipare. Travail long et laborieux, datant de plus de 24 heures. Accouchement au forceps sous chloroforme, le 24 février 1915, à 21 heures, par le Dr Collet. Application de forceps dans l'excavation pelvienne avant la rotation de la tête. Extraction sans difficulté.

Environ vingt-cinq minutes après l'accouchement, la parturiente étant encore sous l'influence du chloroforme, le Dr Collet se met en devoir de pratiquer la délivrance par expression utérine et tractions sur le cordon, combinées. Les tractions sur le cordon ont été très modérées et ont eu surtout pour but de diriger et d'engager le placenta; la délivrance est, en réalité, pratiquée par expression. La délivrance semble tout d'abord se poursuivre normalement, la vulve s'entr'ouvre, le placenta apparaît, mais le Dr Collet remarque que le fond de l'utérus s'abaisse rapidement au moment où le placenta entrebâille la vulve et il cesse l'expression, quand brusquement le placenta est projeté au dehors, entraînant derrière lui l'utérus, auquel il est resté adhérent. On ne

perçoit plus au palper le globe utérin sus-pubien. L'inversion utérine est complète.

Le D^r Collet décolle le placenta de la surface utérine et refoule l'utérus dans le vagin, mais il ne peut réduire l'inversion et fait demander le D^r Grosse. En attendant, il pratique des injections de sérum, d'huile camphrée, pour remonter la malade qui est très faible, le pouls par moment imperceptible, et qui présente constamment un état syncopal.

La quantité de sang perdu, au moment de la délivrance et du décollement du placenta a été peu considérable et n'a pu, à elle seule, occasionner l'état de dépression où se trouve la malade, qui ne s'explique que par le choc déterminé par l'inversion.

Le D^r Grosse arrive près de la malade à trois heures du matin, le 25 février, six heures après l'accident. La femme est pâle, les lèvres décolorées, les extrémités sont froides, l'état syncopal. Le pouls est rapide et petit, mais cependant perceptible et moins mauvais que précédemment.

Au palper, l'utérus remonte à mi-chemin, entre le pubis et l'ombilic; mais il est loin d'offrir le volume de l'utérus après la délivrance. Il se contracte par instant.

Au toucher, le doigt rencontre le fond utérin inversé dès qu'il a franchi la vulve. L'inversion est complète. Le col utérin est très élevé, formant une collerette autour de la masse utérine retournée, il est assez fortement contracté. L'utérus inversé forme au-dessous une masse cylindrique, de consistance œdémateuse, à surface irrégulière, tomenteuse, où l'on reconnaît facilement au doigt la zone d'insertion placentaire. En entr'ouvrant la vulve, on aperçoit une partie de la tumeur de couleur noirâtre, recouverte de petits caillots. Par le palper combiné au toucher, on reconnaît facilement que la masse

perçue au-dessus du pubis est l'utérus inversé. La main abdominale reconnaît nettement, au niveau de ce qui semblait à première vue le fonds de l'utérus, l'entonnoir d'invagination dans lequel le doigt pénètre en déprimant sur la ligne médiane, entre les grands doigts écartés, la paroi abdominale, très amincie à ce niveau.

Réduction de l'inversion. — Pour y parvenir, on maintient le fond de l'utérus de la main gauche, placée sur l'abdomen, tandis que la main droite, introduite dans le vagin, saisit à pleine main l'utérus inversé et en malaxe doucement la surface. On sent bientôt la tumeur s'assouplir, diminuer de volume et on la refoule peu à peu au travers du col (taxis latéral). On avait ainsi réussi à réduire progressivement une partie de la tumeur, quand l'anneau de contraction cède brusquement; le reste de l'utérus se réduit aussitôt sous la simple pression de la main, il disparaît véritablement dans le ventre. La manœuvre a été exactement celle que l'on pratique dans le paraphimosis pour réduire le gland turgescant.

La réduction obtenue, la main introduite dans l'utérus vérifie l'état de ses parois et détache un lambeau de membrane resté adhérent. Injections intra-utérines chaudes, injections d'huile camphrée et d'ergotine. La réduction se maintient. L'utérus forme un bloc sus-pubien bien rétracté. La femme se recoloré, le pouls se ranime, les tendances syncopales disparaissent et, à 5 heures du matin, l'état de la femme est relativement satisfaisant.

Suites de couches. — La femme a eu de la fièvre pendant quelques jours, mais a néanmoins guéri sans complications.

Devenue de nouveau enceinte, elle a été accouchée, en 1918, par une sage-femme. Accouchement spontané et normal, sans incidents.

OBSERVATION XIII

(R. Poux. Société d'Obst. et de Gyn. de Paris.)

Mme P..., primipare de 20 ans, voit ses dernières règles le 14 octobre 1910. La grossesse évolue normalement et le travail de l'accouchement surveillé par une sage-femme débute le 2 juillet 1911 à 9 heures du soir pour se terminer le 3 à 11 heures du soir, c'est-à-dire après 26 heures de douleur.

« Je fus appelé dans la nuit du 3 au 4 juillet, écrit le D^r Larrieu dans les notes qu'il a bien voulu me remettre à ce sujet, pour arrêter une forte hémorragie qui s'était produite de suite après la délivrance, mais qui avait cessé à mon arrivée à 4 heures du matin sous l'influence d'injections chaudes et d'ergotine administrées par la sage-femme.

« Je constatai en effet que le linge dont était garnie l'accouchée était absolument sec. J'examinai le placenta; il était complet au point de vue du tissu placentaire, mais il paraissait manquer une partie des membranes. Par précaution je fis deux injections d'ergotine Yvon de cm³ ½.

« Le 6 au soir je fus appelé à nouveau auprès de la même femme, car elle avait été reprise de douleurs expultrices et à chaque effort on remarquait qu'un corps volumineux et noirâtre tendait à sortir des parties génitales. A mon arrivée je constatai en effet la présence entre les grandes lèvres d'une tumeur noirâtre ressemblant à un second placenta en voie d'expulsion, et introduisant ma main dans le vagin, je délimitai une tumeur en forme de poire avec pédicule plus étroit situé à la partie supérieure et semblant retenir la tumeur.

« N'ayant jamais rien vu de pareil je relevai aussitôt ma main, me gardant bien d'exercer une traction quelconque, et je priai la famille de faire venir un accou-

cheur. Dans une enquête au sujet de la délivrance j'appris que celle-ci avait été faite presque aussitôt l'accouchement par tractions énergiques sur le cordon et expression utérine ayant déterminé de violentes douleurs chez l'accouchée avec besoin impérieux de pousser qui avait persisté après l'expulsion du délivre. »

Je vois moi-même l'accouchée le 7 juillet à 8 heures du matin, exactement quatre jours et neuf heures après l'accouchement, et je suis tout d'abord frappé par son teint jaune et décoloré, rappelant celui des femmes profondément albuminuriques ou des femmes ayant perdu beaucoup de sang. A l'interrogatoire la malade accuse un malaise continuél avec douleurs dans les reins et le bas-ventre et des envies de pousser impérieuses. La température sous l'aisselle était de 37° 5, le pouls en hypotension battait 132 pulsations à la minute. Pour le moment rien d'apparent ne faisait hernie à la vulve. Par le toucher, après cathétérisme vésical qui donne issue à une grande quantité d'urine, je constate à mon tour la présence dans le vagin d'une énorme masse dure et tendue, un peu rugueuse, ressemblant par sa consistance à un placenta roulé sur lui-même, la face utérine en dehors et fortement tassé; de plus mon doigt ramène à la vulve un gros faisceau de membranes encore adhérent à sa partie supérieure.

Indécis encore j'ai recours au toucher manuel qui me permet une exploration beaucoup plus complète. Une fois la main dans le vagin je saisis en effet la tumeur située dans son intérieur et je puis ainsi en déterminer la hauteur, la forme et la consistance. Cette tumeur occupe toute la hauteur du vagin, elle est globuleuse, renflée, dure et tendue dans ses trois quarts inférieurs, plus molle dans son quart supérieur et fortement étranglée en haut, ressemblant à un énorme battant de cloche. Cette masse très dure dans la profondeur est plus molle

et comme oedémateuse à sa surface. Je songe alors à un utérus inversé, et d'autant plus que la main gauche placée sur l'abdomen constate l'absence du globe utérin à sa place normale. En poussant plus loin le palper j'arrive à sentir à travers la paroi abdominale l'anneau dur et rigide qui laisse à peine pénétrer le bout de l'index et ferme la vaste poche formée par l'utérus retourné. Il s'agissait donc dans le cas du D^r Larrieu d'une inversion interne complète sans prolapsus, et sans perdre de temps je me mets en mesure d'opérer la réduction après un nettoyage sérieux de la vulve et du vagin et chloroformisation de la malade.

J'essaye d'abord de refouler le fond de l'utérus en maintenant avec la main gauche l'anneau formé par la partie supérieure du col utérin, après quoi je mets en œuvre le procédé décrit sous le nom de taxis latéral, mais sans succès, et au bout de dix minutes d'efforts je ne suis pas plus avancé qu'au début.

J'ai recours alors au taxis périphérique, refoulant les premières les parois du col les dernières sorties, et cela tout autour de l'orifice de descente, tantôt avec l'index, le médius et l'annulaire de la main droite, tantôt avec le pouce de cette même main, pendant qu'avec les doigts de la main gauche je tâche d'élargir l'anneau et de le repousser en sens inverse.

Mais encore mes manœuvres sont vaines; je refoule bien une partie de l'utérus, la partie mince, mais dès que j'arrive à la partie épaisse la réduction s'arrête et le chemin parcouru est vite reperdu dès que je cesse les efforts de réduction; le poids de la main abaisse de nouveau les parties du segment inférieur péniblement remontées et resserre en même temps l'orifice supérieur.

Voyant que mes efforts n'aboutissaient pas, je songe à réduire cette masse par compression.

Je saisis l'utérus inversé et sans brutalité je pratique

une compression prolongée, me contentant cette fois de presser sans essayer de réduire, soulevant en même temps l'utérus pendant qu'avec la main gauche je m'efforce d'élargir l'entrée du cul-de-sac formé par le col et ligaments utérins. Je déplace de temps à autre ma main droite afin de bien comprimer toutes les parties de l'utérus inversé. Je fais même un léger massage en faisant glisser mes doigts de bas en haut; la tumeur s'amointrit sensiblement et ses parois sont plus souples. Je reprends alors le taxis périphérique et à partir de ce moment les parties inversées remontent régulièrement, le corps suivant le segment inférieur, pour ne plus revenir en sens inverse.

Je fais ainsi remonter les deux tiers de l'utérus, puis appuyant mes doigts réunis en cône sur le fond utérin lui-même, je le refoule en masse sur la ligne médiane et je sens un léger ressaut qui m'annonce que l'utérus a repris sa place d'organe abdominal. Je malaxe entre mes mains pendant un instant la paroi utérine pour la faire contracter, et après injection intra-utérine très chaude à la solution iodo-iodurée, j'introduis une lanière de gaze imbibée de glycérine crésotée au 1/5°, après ergotine, caféïne, sérum artificiel et 30 cm³ de sérum antistreptococcique. Cette dernière injection est renouvelée le lendemain, et pendant trois jours on injecte chaque jour 300 cm³ de sérum artificiel.

Les jours suivants la température oscille entre 37° 5 et 38°.

Le 20 juillet la fièvre se rallume et une phlegmatia alba dolens apparaît à la jambe gauche.

Le 4 août phlegmatia de la jambe droite.

Le 15 août disparition de l'œdème, plus de fièvre.

Le 2 septembre la malade se lève. Les règles reviennent en novembre; à cette date il ne lui reste de ses phlébites qu'un œdème localisé à la malléole gauche.

Depuis, Mme T... jouit d'une santé parfaite.

Conclusions

Le traitement de l'inversion utérine est la réduction immédiate. Elle sera d'autant plus aisée qu'elle sera plus précoce. Elle se fera par taxis latéral après décollement du placenta s'il est encore adhérent, et sera suivie d'injection intra-utérine et de tamponnement intra-utérin.

Malgré la réduction précoce, on peut assister à la mort rapide de la femme.

Si le taxis échoue, le ballon de Champetier de Ribes pourra amener la réduction.

En cas d'échec de cette méthode, il faudra avoir recours à la réduction chirurgicale par voie abdominale ou par voie vaginale, soit à l'hystérectomie s'il y a des signes d'infection utérine.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
COUVELAIRE.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- COUVELAIRE. — *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, juin 1911.
- RIBÉMONT-DESSAIGNE. — *Précis d'Obstétrique*.
- OUI. — *Pratique Médico-chirurgicale*.
- KENDERDJY. — *Pratique Médico-chirurgicale*.
- BAR et BUDIN. — *Traité de l'art des Accouchements*. Article Brindeau.
- BAR. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*. Tome V-1902.
- *Journal des Praticiens*, 1911, N° 21.
- PINARD. — *Annales de Gynécologie et Obstétrique*. T. LVI-1901.
- *Bulletin de l'Académie*. T. LV-1906.
- THÉOARIDE. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'inversion utérine récente et ancienne d'origine puerpérale. *Thèse Paris*, 1913.
- GRABIÉ. — Contribution à l'étude de l'inversion utérine récente puerpérale. *Thèse de Paris*, 1902.
- R. POUX. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 4 février 1916.
- SPIRE. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 22 janvier 1914.
- TEDINAT. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 3 décembre 1913.

HANNS et RÉMY. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 14 mars 1913.

LACHLAN-FRASER. — *The Lancet*, 23 octobre 1915.

George TRETHY SHCEMAKER. — *The American Journal of Obstetrics*, août 1917.

